

薬物乱用対策の選択肢

－医学・薬学と刑事政策の接点－

地域社会環境学専攻

林 原 雅 樹

An Alternative of Countermeasures against Drug Abuse - A Point of Contact between Medicine, Pharmacology and Criminal Policy - Masaki HAYASHIBARA

Abstract

In Japan, it is said that the long-term heroin use always leads to the disabilities and death. But, in a foreign country, persons who are dependent on heroin can get it under medical administration. Therapeutic doses of heroin under the medical administration bring the users relatively small physiological harm, and lead some of them to productive work. The heroin maintenance program may be considered to be an alternative of countermeasures against heroin abuse under a limited circumstance and conditions. It also promotes Japanese experts in criminal policy to grasp more correct and detailed harm of illegal drugs.

Key Words

Drug Abuse, Heroin, Harm Reduction, Swiss Heroin Trial, British System.

はじめに

日本において、ヘロイン乱用は、単純犯の場合、懲役10年以下に処せられる^{※1}。ヘロイン乱用に対して、このように厳正な刑事罰を科し、それを防止しようとするのは、その害悪の大きさにある。乱用される様々な薬物のなかでも、「長期間使用すると廃人化し、死に至るといふヘロインが最も害悪を有する」^{※2}といわれているのである。

しかし、諸外国では、このようなヘロインの害悪の認識からは、意外とも思われる対策がなされている。たとえば、新聞報道によれば、1998年にスイスでは、国民投票を経た連邦議会の議決により、一定の条件下で、重度のヘロイン依存者に対し、治療目的でヘロインを投与しうることが、政策として採用されている^{※3}。また、歴史をさかのぼると、医師がヘロイン依存者に対して、治療目的でヘロインを投与する事例は、イギリスにおいても見受けられる。

このような事例に接すると、なぜ、長期間使用すれば廃人化し、死亡へと導くヘロインを、その依存者に対して投与したりすることができるのか、という疑問が湧く。しかし、日本の刑事政策の分野では、それが医学・薬学の知識を必要とすることもあり、このような疑問に直接答える論文は、ほとんどないように見受けられる。

そこで、本稿は、医学・薬学的見地を中心として、このような疑問に答えようとするものである。そして、薬物使用による害悪を、より正確かつ詳細に踏まえれば、一定の状況及び条件下では、薬物乱用対策の選択肢を増やす可能性があることを示すものである。

第1章 ヘロイン使用の害悪 －医学・薬学的視点－

ヘロインは、1898年にドイツのバイエル社により、鎮咳薬として市販された^{※4}。また、「非常に強

く作用する」を意味するドイツ語の“heroisch”から、ヘロイン (heroin) と名づけられた。しかし、その後、ヘロイン使用による害悪が明らかとなり、各国で製造、販売、所持等の法的規制を受けるに至った。本章では、まず、①ヘロイン使用による医学上の害悪と、②ヘロイン使用による医学上の二次的な害悪、について述べていくことにする。

第1節 ヘロイン使用による医学上の害悪

(1) 概説

ヘロインの原料植物は、けしである。けしの未熟種子より得られる乳液から、あへんが抽出される。そして、あへんには、モルヒネ、コデイン、テバイン等、20種類以上のアルカロイドが含まれている。そのなかのモルヒネをアセチル化して合成されたのが、ヘロイン (ジアセチルモルヒネ) である。したがって、モルヒネ、ヘロイン等は、あへん系薬物と称される¹⁵⁾。

モルヒネとヘロインでは、薬理作用は非常に類似している。また、経験者でも、ヘロインを皮下注射された場合には、モルヒネを皮下注射された場合と、その感覚を十分に区別することができない¹⁶⁾。これは、ヘロインが、体内で素早くモルヒネに代謝されることによる¹⁷⁾。ただし、静脈注射された場合には、経験者は、ヘロインとモルヒネの区別をなす。これは、ヘロインの方が、脂溶性が高いので脳に入りやすく、その効果が早く現れるためとされている¹⁸⁾。つまり、ヘロイン (diacetylmorphine) は、脳内で急速に脱アセチル化されて、6-モノアセチルモルヒネ (6-monoacetyl morphine) となり、さらに脱アセチル化されて、モルヒネ (morphine) となる。

医療用としてのヘロインは、日本やアメリカなどでは使用されていないが、イギリスでは使用されている。ヘロインの使用は、モルヒネと同様、主に中枢神経系と消化管に作用し、鎮痛の他、呼吸抑制、鎮咳、傾眠、鎮静 (または静穏 tranquility)、多幸感 (または陶酔 euphoria) 等の作用を有する¹⁹⁾。また、便秘、悪心、嘔吐、性欲減退、瞳孔縮小等の作用も有する。そして、このうち、多幸感や鎮静がもたらされることにより、ヘロインは各国で乱用

されてきた。

(2) 精神的依存性と耐性

ヘロインやモルヒネを初めて使用するときは、悪心や、時には嘔吐を伴う不快な経験をする²⁰⁾。アメリカの医学者ジェローム・ジェイフは、初回か2回目の使用で危険に気付き、その後は使用を避けるのが、最も一般的であるかもしれないとする²¹⁾。しかし、なかには、初回の使用で、内なる新たな世界を発見し、お金が続く限り、頻繁に使用を続けようとする者もいる²²⁾。また、不快を経験した者でも、その使用を繰り返せば、多幸感が生じてくることになる²³⁾。

ヘロイン依存者の場合、ヘロインを急速に静脈注射すれば、いわゆる「ラッシュ (rush)」, または「キック (kick)」等と呼ばれる感覚が生ずる²⁴⁾。これは、約45秒続き、性的オルガスムと同様の感覚とされる。その感覚のあとで、今度は鎮静や居眠り状態 (いわゆる「ザ・ノッド (the nod)」) の多幸感がもたらされる²⁵⁾。ヘロイン依存者は、この感覚や状態を、「雲の上をふわふわと歩いているような気分」、または「全身の力が抜け、ふわふわと真綿に包まれたような陶酔の極地」等と表現する²⁶⁾。これにより、ヘロインに対する精神的依存性は、非常に強いものとなる。

他方、ヘロインを頻繁に使用すれば、多幸感の耐性が著しく形成されてくる²⁷⁾。耐性の形成とは、薬物に耐える能力が形成されることにより、薬物の効果が減弱していくことである。逆に言えば、薬物の使用量を次第に増加していかなければ、当初に得られた多幸感と同じレベルの効果が得られなくなる²⁸⁾ことである。

ヘロインの耐性形成に伴い、平均致死量も著しく上昇する²⁹⁾。重度のヘロイン依存者になると、一般の致死量をはるかに超える用量を使用していることもある。そのため、ヘロインの致死量は、耐性形成の程度により、大いに異なる。しかし、耐性が形成された者も、そうでない者も、その者にとって、ある一定量以上のヘロインが投与されるならば、

呼吸の抑制、停止が起こり、窒息死するに至る¹⁹⁾。

(3) 身体的依存性と退薬症状

ヘロインは、精神的依存性だけでなく、身体的依存性も非常に強く形成する。身体的依存性の形成とは、薬物の効果によって、体内の生理的平衡が保たれている状態となることである²⁰⁾。そして、身体的依存性が形成された後、薬物の効果が薄れると、体内の生理的平衡が崩れていくことになる。それに伴って現れるのが、退薬症状（または離脱症状 withdrawal symptom）である。したがって、身体的依存性が形成されたかどうかは、退薬症状の現出によって示されることになる²¹⁾。

退薬症状の重症度は、個々の薬物、一日の総使用量、使用期間の他、使用者の健康状態や性格等による²²⁾。それは、ヘロインやモルヒネでも例外ではない。ヘロインやモルヒネの場合でも、その使用量が少なく、使用期間も1～2週間と短い等の条件下では、退薬症状はほとんど現れないか、振戦、悪心、鼻汁、あくび等、風邪に似た軽い症状で留まることがある²³⁾。

しかし、ヘロインをそれ以上に連用し、身体的依存性が強く形成された場合には、退薬症状は激烈なものとなる²⁴⁾。すなわち、ヘロインを最後に摂取してから約8～12時間後、使用者には、流涙、鼻汁、あくび、発汗が現れる。そのあと、落ち着いたのない睡眠状態や、それからの覚せい等が見られ、さらに症状が進行すると、瞳孔の散大、食欲減退、鳥肌、不安、過敏、振戦が見られる。約48～72時間後には最もひどくなり、過敏の増大、不眠、著しい食欲減退、猛烈なあくびや激しいくしゃみ、流涙、鼻炎の症状が認められる。また、使用者は、脱力感や抑うつ状態を訴える。悪心、嘔吐が頻発し、消化管のけいれんや下痢も起こる。心拍数は増加し、血圧は上昇する。皮膚の紅潮や過剰な発汗と交替に、激しい悪寒が起きる。立毛筋の活動は顕著となり、皮膚に鳥肌が押し寄せる（いわゆる「コールド・ターキー（cold turkey）」）。激しい腹痛、背中や手足の骨と筋肉の痛み、蹴り運動（いわゆる「麻薬常用癖への蹴り（kicking the habit）」）も起こる。こ

の間、食物や水分の摂取ができない上、嘔吐、発汗、下痢が併発するため、著しい体重の減少や脱水症状等も起こる。このあと、一定の経過をたどり、識別しうる退薬症状は、7～10日で、ほとんど消失する。

このように、ヘロインによる退薬症状は、モルヒネと同様に、神経機能のほとんどすべての分野に影響を及し、症状は複雑である²⁵⁾。しかも、それらの症状は激烈で、生命の危機として映るほどである。しかし、どの時点でも、ヘロイン（または、適当なあへん系薬物）を投与すれば、退薬症状は完全かつ劇的に消失する²⁶⁾。そのため、ヘロイン依存者のなかには、退薬症状を恐れ、または、それを消失させるために使用を続ける者もいる²⁷⁾。ただし、ヘロイン等のあへん系薬物による退薬症状から死亡する例は、心臓病のような重篤な身体的疾患がない限り、見られないとされている²⁸⁾。

第2節 ヘロイン使用による医学上の二次的な害悪

ヘロインは、精神的・身体的依存性、耐性等の害悪により、各国において、その製造、販売、所持等は法的規制を受けている。しかし、法的規制を受ける下で、ヘロインが乱用されてきたのは、周知のとおりである。また、それによって、ヘロインを乱用する場合には、それに付随する、いわば二次的な害悪も生ずることになった。それは、ヘロイン乱用が大きな問題となっている国や地域では、共通して見られるものである。

たとえば、欧米で、ブラックマーケット（black market）に出回るヘロインは、通常、全体量から少なからずカット（cut）され、他の薬物や不純物と混合して不正販売される。ヘロインとされる薬物の見かけの量を増やせば、それだけ不正な利益が大きくなるからである。そのため、ヘロイン中毒死とされた者のなかには、実際には毒性のある不純物が、ヘロインに混合されたことにより、死亡した者もいるといわれる。そのなかには、キニーネの混合により、死亡した疑いが示されることもある²⁹⁾。

また、不正に入手するヘロインが、全体量から

カットされているということは、ヘロイン自体の純度は、一定していないということでもある。たとえば、アメリカにおける調査では、街頭で受け取ったヘロインの純度は、0～77%とばらつきを示すものがある¹⁸⁾。また、EU加盟国では、ヘロインの純度の平均は、ドイツとギリシアでは20%未満、アイルランドとイギリスでは35～40%、デンマークでは60%超となっている¹⁹⁾。この状況は、ヘロインを過剰に摂取し、死亡しかねないことにつながる。普段純度の低いヘロインを乱用していた者が、純度の高いヘロインを、それとは知らずに静脈注射をすれば、身体や生命に一層の危険が及ぶからである。実際に、ヘロインの過剰摂取により死亡する例は少なくない²⁰⁾。また、ヘロインと不純物の混合や、ヘロインの過剰摂取に起因するのではなく、乱用者は、アルコール等と併用し、死亡することもある²¹⁾。

他方、ヘロインを静脈注射するときには、注射器具の入手が困難であったり、乱用者自身が注射器具の衛生面に、ほとんど関心を払わなかったりする。そのため、乱用者間で不衛生な注射器具を共用（回し打ち）するために、乱用者のB型・C型肝炎の感染が報告されている²²⁾。また、1980年代からは、周知のとおり、エイズ・ウイルスに感染する事例も多発してきた²³⁾。特に、このエイズ・ウイルス感染の問題は、各国で薬物問題を地下にもぐらせることは、きわめて危険との認識を高めることになった²⁴⁾。そして、国や地域によっては、現行の薬物乱用対策の見直しを、少なからず迫られるようになった。

第2章 医学的管理下でのヘロイン投与

特に1990年代以降、欧米の国や地域によっては、薬物乱用対策は、それを防止するということから、エイズ・ウイルス感染を防止するということに、少なからず比重が移された。その背景にあるとされるのが、ハーム・リダクション (harm reduction) という考え方である²⁵⁾。ハーム・リダクションの定義は、必ずしも明確なものではない。しかし、強

いて言えば、薬物乱用者に対して、それから脱却させることが、特定の時点で可能とは思われない場合、薬物使用を前提として、それに付随する害悪 (harm) を、減少 (reduction) させようとするものである。

第1節 ハーム・リダクション

ハーム・リダクションを具体的に示すならば、たとえば、地域によっては、ヘロイン依存者が使用する注射器具の交換を公認することが挙げられる²⁶⁾。これは、依存者間で共用する注射器具から、エイズ・ウイルスやB型・C型肝炎の感染という害悪 (harm) が生ずるため、それらを減少 (reduction) させようとするものである。また、2000年にドイツでは、依存者が所持するヘロインの摂取を許容する施設を合法化した²⁷⁾。これも同様の効果を期待したものと言えるであろう。

一方、スイスでは、1992年から計画を立案し、その後、医学的管理下で、ヘロイン依存者に対して、治療目的でヘロインを投与し、それを維持するプログラム (ヘロイン維持プログラム heroin maintenance program) が実験的に行われた²⁸⁾。これは、従来の治療プログラムでは再三うまくいかず、その度にヘロイン乱用に戻った20歳以上の者を対象として行われたものである²⁹⁾。従来の治療プログラムとは、ヘロインの渴望を防ぎ、比較的、退薬症状も軽いあへん系薬物であるメタドン (methadone) に、その使用を置きかえて、以後はメタドンの投与を維持したり (メタドン維持療法 methadone maintenance treatment)、あるいは、その投与量を徐々に減少させて、最終的に薬物からの脱却を図る方法等である。

この実験的なプログラムは、スイス・ヘロイン・トライアル (Swiss heroin trial) と呼ばれ、エイズ・ウイルス等の感染防止に加えて、ヘロインの過剰摂取や、他の毒性のある不純物の摂取を防ぐことにもつながるものである。また、このプログラムは、主にヘロイン依存者が治療施設に外来することによって行われ、依存者の健康面だけでなく、犯罪や社会生活等も調査された。そして、1997年に、

その調査結果が公表された¹⁴²。それを踏まえて、前述のように、一定の条件下で、重度のヘロイン依存者に対して、治療目的でヘロインを投与しうることが、国の政策として採用されるに至ったのである。

しかし、ここで、冒頭の問いが発せられる。つまり、医学的管理下で、ヘロイン依存者に対して、ヘロインを投与することは、それを乱用した場合に付随する、エイズ・ウィルス感染等の二次的な害悪を防ぐことができるとしても、それ自体が有する害悪は残るのではないか、ということである。言いかえれば、ヘロイン依存者に対して、ヘロインを投与するかぎり、その薬理作用により、結局、依存者は廃人となり、死亡するに至るのではないか、という疑問である。

第2節 ヘロインの薬理作用

(1) 身体的害悪について

前述のように、ヘロインを一定量以上に摂取すると、呼吸中枢の麻痺をきたし、死亡するに至る。あるいは、致死量に満たなくとも、その過剰摂取は、著しい無反応、昏酔、呼吸遅延、低体温、低血圧、徐脈を生じさせる¹⁴³。しかし、ヘロインの場合でも、治療量（therapeutic dose）と考えられる用量の範囲がある¹⁴⁴。治療量とは、薬物の最小有効量（薬物が作用を現す量）と、最大有効量（中毒症状を現さない最大量）の間で、治療に用いられる用量である¹⁴⁵。

医学的管理下で、ヘロイン依存者に対して、治療量とされるヘロインを一定の間隔で投与する場合、生理学的な害悪は、依存性を別とすれば、一般に信じられているよりも大きなものではない。生理学的な害悪は、便秘、吐気、嘔吐、性欲減退、食欲不振、呼吸抑制等である¹⁴⁶。ヘロインを継続的に投与しても、慢性の臓器障害は、起こさないとされている¹⁴⁷。

一般のヘロイン依存者に、敗血症や破傷風が見られるとしても、それはエイズや肝炎と同様に、注射器具を共用したり、不衛生な使用方法で感染したことによる¹⁴⁸。あるいは、様々な神経学的障害

が見られるとしても、それは、ヘロインに混合された毒性のある不純物によるものであったり、過敏症反応であったりする可能性がある¹⁴⁹。また、ヘロイン依存者がやせ衰えているとしても、それはヘロインの薬理作用からだけではなく、生活状況にも起因することがある。たとえば、ヘロイン依存者は、精神的依存性の強さや、退薬症状の恐れから、手持ちの資金をすべてヘロインの購入にあてようとすることがある。その場合、食費が途絶えて満足に食べられなくなり、やせ衰えることになる¹⁵⁰。

ヘロイン使用と精神障害の因果関係については、不明なところもあるが、一般のヘロイン依存者には、抑うつが多く見られる他、不安等の障害も見られる¹⁵¹。しかし、ヘロイン依存者のなかで、統合失調症性障害（schizophrenic disorder）が見られる比率は非常に低く、一般人口におけるそれと差がないとされている¹⁵²。この点は、覚せい剤乱用者に、統合失調症に似た中毒性精神病が、しばしば見られることとは異なっている¹⁵³。また、ヘロインの長期的連用によっても、知能指数の低下が見られない報告や¹⁵⁴、脳波に永続的な変化をきたさないとする報告もある¹⁵⁵。

ヘロインの投与は、依存者に対して、効果の減弱による退薬症状の初期症状から、多幸感の発現へと、気分を上下させる¹⁵⁶。それは、メタドンの投与が、安定した気分をもたらすこととは異なる¹⁵⁷。しかし、医学的管理下で、ヘロインの投与を受けながら、仕事に従事していた事例も、過去には存在する¹⁵⁸。

(2) 他者への法益侵害について

薬物乱用問題については、それによって他者の法益を侵害する行為、特に暴力犯罪（violent crime）との関連性も指摘されざるをえない。しかし、ヘロインの場合、その直接的影響下での暴力犯罪には、医学的に否定する見解が示されてきている¹⁵⁹。ヘロインは、鎮静（静穏）作用を有し、人の攻撃性を抑制する方向に作用するため、その使用が直ちに暴力犯罪へと導くものではないというのである¹⁶⁰。これは、たとえば、覚せい剤やコカ

インの作用が、興奮的であることとは対比的である¹⁶¹。

しかし、実際には、ヘロイン使用の影響下で、暴力犯罪がおかされる事例も多く存在する。この理由の一つは、ヘロイン使用者は、それを使用しはじめる以前から、犯罪傾向を身に付けていることが多いためと考えられている¹⁶²。つまり、ヘロイン使用を原因とするというよりは、むしろ、使用者がすでに身に付けている犯罪傾向により、犯罪がおかされるのである¹⁶³。

別の理由としては、ヘロインによる退薬症状時には、短気で攻撃的になることがあり¹⁶⁴、その際に犯罪をおかすことが考えられる。また、その他の理由として、暴力犯罪が、ヘロイン使用の習慣を維持するための経済的動機により、財産犯罪の遂行に伴ってなされることが挙げられる¹⁶⁵。後者の犯罪については、いわゆる二次的犯罪である。つまり、ヘロインに対する法的規制は、それがあたかも「保護関税」のような働きをし、その購入価格を高くする¹⁶⁶。そして、ヘロイン使用者は、その購入資金を得ようとして、財産犯罪、売春、薬物の不正販売、暴力犯罪等をおかすのである。しかし、退薬症状時の犯罪や、二次的犯罪への対策の一つとして考えられるのは、ヘロイン依存者に対して、ヘロイン（またはメタドン）を安価に継続的に投与すれば、その原因をなくすことになり、それを減少させることができるのではないかと、いうものである¹⁶⁷。

第3章 医学・薬学と刑事政策の接点

医学的管理下で、外来のヘロイン依存者に対して、治療目的でヘロインを投与する方策は、諸外国では、スイスが最初ではなく、他でも見受けられる。本章は、ヘロインに対する医学・薬学的見地の上に、これまでなされてきた刑事政策における若干の議論と考察を加えるものである。

第1節 ブリティッシュ・システム

歴史をさかのぼると、スイスと同様の事例は、イギリス（1926年～1970年代半ば）でも見られる¹⁶⁸。

そして、その方策は、ブリティッシュ・システム（British system）と呼ばれた¹⁶⁹。これは、特に1960年代から1970年代にかけて、ヘロイン乱用に悩むアメリカにも少なからず影響を及ぼした。そして、アメリカでは、医学のみならず、犯罪学、社会学等の分野でも、それに関する議論がなされた¹⁷⁰。その議論からは、このような方策が、刑事政策上、ヘロイン依存者による犯罪を減少させるだけでなく、他にも利点を有すると考えられた。

たとえば、それは、犯罪組織にマイナスの影響を与えるというものである¹⁷¹。つまり、ヘロイン依存者が、医師から治療目的のヘロイン投与を継続的に受け、それに満足する場合、ブラックマーケットに行く必要がないことになる¹⁷²。それは、犯罪組織の資金源にマイナスの影響を与えることになるというのである。また、それは同時に、ヘロイン依存者が、ヘロインを不正に販売する犯罪組織の関係者との接触を防ぐとともに、依存者の健康は、医師の手に委ねられることも意味する。

しかし、これに対しては、ヘロイン依存者は、治療目的で投与されるヘロインの用量では満足せず、依然としてブラック・マーケットに行き、ヘロインを購入することになるであろうという批判がある¹⁷³。そして、イギリスにおいて、1960年代前半までのヘロイン依存者は、モルヒネ依存者をあわせても、年間700人にも満たず、しかも依存者は、薬物に接する機会の多い医療関係者等が少なくなかった¹⁷⁴。それは、アメリカにおけるヘロイン依存者とは、その社会的背景が異なっていた。また、1960年代半ば以降には、イギリスでは、新たに若者を中心とするヘロイン乱用が、社会で増加したこともあり、それも主な批判として加えられるに至った¹⁷⁵。

第2節 スイス・ヘロイン・トライアル

アメリカにおける議論は、当時の医学上の研究成果を踏まえ、主にイギリスとの比較・分析を通じて論じられたものであった。それに対し、スイス・ヘロイン・トライアルでは、より科学的な手法により、調査が行われている。すなわち、スイス国内の広範な地域で、ヘロイン維持プログラムを実施し、

それを詳細にデータとして得るというものであった。

その調査結果からは、ヘロイン維持プログラムにおける最初の6か月で、犯罪者数と犯罪件数の双方は、約60%減少したと報告された^{1E76}。また、ヘロイン投与量は比較的多めになされ、依存者のプログラム参加継続率も、6か月で89%、18か月で69%と、他の治療プログラムの平均値よりも高いとされた^{1E77}。当該プログラムに参加したヘロイン依存者の失業率は、44%から20%に減少したとも報告されている^{1E78}。その他、ヘロイン依存者の健康状態、死亡率、居住状況等も調査され、さらには、当該プログラムの経済的な利益考量分析（cost-benefit analysis）もなされた^{1E79}。その上で、ヘロイン維持プログラムは、対象となるヘロイン依存者にとって有益で、安全に実行しうると結論づけられた^{1E80}。

しかし、この結果に対しては、当該プログラムは、ヘロイン依存者の精神的ケア等も一緒に行われており、そのサービスの提供が、ヘロイン依存者の状況を改善することに役立ったと言える余地があること等の疑問が提起されている^{1E81}。また、スイスの場合、豊かな社会である上に、包括的な保健体系や、相当な経験のあるスタッフを有する薬物治療システムだからこそなしうる、という見解もある^{1E82}。WHO (World Health Organization)も、当該プログラムは、他国でも採用できるほど、一般化できるものではなく、また、ヘロイン依存者に対して、すでに証明済みの治療方法の選択肢として、考えられるべきものでもないとしている^{1E83}。

このように、ヘロイン維持プログラムの議論は多岐に渡り、否定的な見解も多い。ただ、スイスにおける当該プログラムは、国内の人口約700万人に対し、ヘロインやコカインの依存者が約3万人という状況下で行われた。加えて、それまでの取締りの強化等の対策が功を奏さず、法執行の人員やコスト等の限界も認識されていた^{1E84}。また、ヘロイン維持プログラムは、あくまでも、他のメタドン維持プログラム等の補完的な位置づけにすぎない。ヘロイン依存者は、当該プログラムから、メタドン

維持プログラムや、薬物からの脱却を図るプログラムに移行することもある。それらを勘案すれば、当該プログラムは、全く否定され、捨て去られることもできないのではないだろうか。少なくとも、今後ともに、スイス社会におけるヘロイン依存者数の増減を含め、ヘロイン乱用対策における選択肢としての当該プログラムの動向を見る必要はあるう。

おわりに

欧米では、1960年代の後半、医学・薬学の分野から「薬物に対する神話を砕こう」というスローガンのもとで、薬物教育の充実が図られた^{1E85}。それは、薬物の作用への誤解がある現状に対して、「薬物の利と害のバランス」を、正確に伝えようというものであった。

現在の日本でも、同様に、薬物の害悪をより正確かつ詳細に把握する必要性はないのだろうか。それは、明らかに、諸外国における薬物乱用対策の理解を深めると言えるのである。

注

- 1 麻薬及び向精神薬取締法第12条第1項及び第4項、第64条の3第1項。
- 2 山本光英「薬物・アルコールと犯罪」船山泰範ほか編「スタッフ刑事政策」こぶし社、2000年、105頁。亀山継夫「薬物乱用事犯の現況と対策」『ジュリスト』654号、1977年、37頁。
- 3 朝日新聞、1998年10月31日、8面。
- 4 ヘロインの危険性が、初期に見過ごされた要因の一つは、鎮咳薬としてのヘロインは、内服されてから脳に移行するまでに時間がかかり、使用者には急激な多幸感が生じなかったからである。また、使用者も、向精神作用を求めることもしなかった。Solomon H. Snyder, *Drugs and the Brain*, Scientific American Books, 1986. (Solomon H. Snyder『脳と薬物』東京化学同人、佐久間昭訳、1990年、33～34頁)。
- 5 刑事政策の分野では、医学・薬学における「アヘン類 (opioid または opiate)」を、従来「あへん系薬物」と称することが多く、本稿でも、「あへん系薬物」の用語を用いることにする。なお、麻薬及び向精神

- 薬取締法では、「麻薬」の用語が用いられているが、「麻薬」には、コカ葉から抽出されるコカインや、幻覚剤であるLSD等も含まれている。
- 6 Jerome H. Jaffe, *Drug Addiction and Drug Abuse*, in *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 8th ed., edited by Alfred Goodman Gilman et al., Pergamon Press, 1990, p. 532.
- 7 Id. at 532.
- 8 Id. at 532. See also, W. R. Martin and H. F. Fraser, A Comparative Study of Physiological and Subjective Effects of Heroin and Morphine Administered Intravenously in Postaddicts, in *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, vol. 133 no. 3, 1961, pp. 388 - 399.
- 9 Jerome H. Jaffe and William R. Martin, *Opioid Analgesics and Antagonists*, Alfred Goodman Gilman et al. (eds.), supra note 6, at 489 - 500.
- 10 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 529, 531. また、田中は、モルヒネの使用により、健康人で約10%、依存患者で約80%に、多幸感が現れるという。田中正敏「麻薬性（オピオイド系）鎮痛薬」田中潔編『現代の薬理学』金原出版、1996年、99頁。これに対し、覚せい剤を最初に使用した場合には、中里と田村の調査では、約70%が「気分が良かった」と答えている。ただし、「気分が悪かった」と答えた者が約20%、「なにも感じなかった」と答えた者が約10%いる。中里至正、田村雅幸「覚せい剤乱用者に関する研究」『科学警察研究所報告：防犯少年編』15巻1号、1974年、57～58頁。
- 11 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 531.
- 12 Id. at 531.
- 13 小宮山徳太郎「麻薬・鎮痛薬依存症」松下正明総編集『臨床精神医学講座第8巻：薬物・アルコール関連障害』中山書店、1999年、294頁。
- 14 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 532.
- 15 Thomas R. Kosten and Leo E. Hollister, *Drugs of Abuse*, in *Basic and Clinical Pharmacology*, 8th ed., edited by Bertram G. Katzung, McGraw - Hill, 2001, p. 534.
- 16 警察庁編『警察白書』大蔵省印刷局、1991年、34頁。
- 17 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 533.
- 18 Id. at 525. モルヒネの場合でも、通常の薬用量は1日15～30mg程度であるが、依存者では1日100～500mg、ときには2.0gにも及ぶことがある。大熊輝雄『現代臨床精神医学』金原出版、（第8版）2000年、259頁。
- 19 Id. at 533.
- 20 瀧沢和盛「麻薬」懸田克躬編『現代精神医学大系 第15巻A』中山書店、1977年、254～255頁。
- 21 Charles P. O'Brien, *Drug Addiction and Drug Abuse*, in *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th ed., edited by Joel G. Hardman et al., McGraw - Hill, 2001, p. 626.
- 22 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 534.
- 23 Jaffeによれば、治療量のモルヒネを1日数回、1～2週間投与を受けた患者では、薬物の投与を中断しても、退薬症状であるとは確認できない程度の軽い症状しか出てこない。Id. at 526. また、実験的に自分でヘロインを1週間使用した精神医学者の感想として、Ian Oswald, Personal View, in *British Medical Journal*, vol. 1 no. 5641, 1969, p. 438.
- 24 以下の退薬症状の経過に関する記述については、Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 534.
- 25 細谷英吉「依存性薬物の分類および解説」懸田克躬編、前掲注20、27頁。
- 26 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 534.
- 27 これに対して、ヘロインの依存性を形成したとされる者でも、治療を受けることなく、その使用を中止する事例も存在する。たとえば、Robinsほかは、ベトナム戦争に参戦したアメリカ軍人を対象として調査した。その結果、ベトナムにいた時、ヘロインやあへんを使用し、依存性を形成したと見られる調査対象者の大半は、アメリカに帰国して8～12か月後には、治療を受けることなく、その使用を中止していた。Lee N. Robins et al., *Drug Use by U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-up on Their Return Home*, in *American Journal of Epidemiology*, vol. 99 no. 4, 1974, pp. 235 - 249. See also, Bruce D. Johnson, *Once an Addict, Seldom an Addict*, in *Contemporary Drug Problems*, vol. 7, 1978, pp. 35 - 53. また、日本では、1962年頃をピークとするヘロイン乱用期には、ヘロイン依存者は、推定4万人とも言われたが、そのうち、措置入院制度で収容された者は、最も多いときで150人ぐらいしかおらず、残りは、入院することもなく直ってしまったという。加藤正明ほか「座談会・薬物濫用－その実態と対策」(山田発言)『ジュリスト』654号、1977年、20頁。
- 28 Harold I. Kaplan et al. (eds.), *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 7th ed., Lippincott Williams & Wilkins, 1994. (Harold I. Kaplan et al.『カプラン臨床精神医学テキスト』メディカル・サイエンス・インターナショナル、井上令一・四宮滋子監訳、1996年、198頁)。Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 534.
- 29 See A. James Rutenber and James L. Luke, *Heroin-Related Deaths: New Epidemiologic Insights*, in *Science*, vol. 226 no. 4670, 1984, pp. 14 - 20.

- 30 Philip H. Abelson, Death from Heroin, in *Science*, vol. 168 no. 3937, 1970, p.1289.
- 31 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *2000 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000, p. 22.
- 32 Id. at 17 - 19.
- 33 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 532.
- 34 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, supra note 31, at 20.
- 35 Id. at 19 - 20. Don C. Des Jarlais et al., HIV-1 Infection among Intravenous Drug Users in Manhattan, New York City, from 1977 through 1987, in *The Journal of the American Medical Association*, vol. 261 no.7, 1989, pp. 1008 - 1012.
- 36 逸見武光「アルコール・薬物と犯罪」澤登俊雄ほか編『新・刑事政策』日本評論社, 1993年, 409頁。
- 37 See, e.g., G. Alan Marlatt (ed.), *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, The Guilford Press, 1998. なお, ハーム・リダクションの考え方は, 薬物乱用だけに限られない。エイズ・ウィルス感染を防止するため, 性交時にコンドームの装着を促すこと等も対象としている。なお, 薬物乱用に関するハーム・リダクションのモデルは, 1970年代以降のオランダの対策や, 後述するブリティッシュ・システム等, 諸説ある。
- 38 See Peggy L. Peterson et al., Harm Reduction and HIV/AIDS Prevention, G. Alan Marlatt (ed.), supra note 37, at 223 - 231. David F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, 3rd ed., Oxford University Press, 1999, p. 289. なお, 注射器具の交換をする地域では, 薬物乱用の増加は見られないという。
- 39 齋藤純子「薬物摂取施設の合法化 - 第三次麻薬法改正」『ジュリスト』1182号, 2000年, 84頁。
- 40 Ambros Uchtenhagen, *Programme for a Medical Prescription of Narcotics: Summary of the Synthesis Report*, Zurich: University of Zurich, 1997, p. 1. (Available on the World Wide Web: <http://www.bag.admin.ch/sucht/forschung/e/proveb.pdf>). See also, Felix Gutzwiller and Thomas Steffen, *Cost - Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment*, Basel: Karger, 2000, p.12.
- 41 Ambros Uchtenhagen, supra note 40, at 1.
- 42 Id.
- 43 Harold I. Kaplan et al., 前掲注 28, 199頁。
- 44 これに関し, スイスでの Perneger ほかの調査では, 依存者 1 人あたり 1 日の使用量は, 480mg を平均として安定していた。Thomas V Perneger et al., Randomised Trial of Heroin Maintenance Programme for Addicts Who Fail in Conventional Drug Treatments, in *British Medical Journal*, vol. 317 no. 7150, 1998, p. 14.
- 45 神谷大雄ほか編『薬理学』廣川書店, (第2版) 2000年, 19頁。
- 46 Lorrin M. Koran, Heroin Maintenance for Heroin Addicts: Issues and Evidence, in *The New England Journal of Medicine*, vol.288 no. 13, 1973, p. 656. Jerome H. Jaffe and William R. Martin, supra note 9, at 489 - 500.
- 47 小宮山徳太郎, 前掲注 13, 295頁。
- 48 Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 533.
- 49 Id. at 533.
- 50 細谷英吉「薬物依存について」『慶応医学』47 巻 1 号, 1970年, 1頁。
- 51 See, e.g., Edward John Khantzian and Catherine Treece, DSM- III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts in *Archives of General Psychiatry*, vol. 42 no. 11, 1985, pp. 1067 - 1071. なお, Jaffe は, 抑うつについて, 幾分明らかに, 過剰な摂取が思慮されるかもしれないとする。Jerome H. Jaffe, supra note 6, at 532.
- 52 Bruce J. Rounsaville et al., Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts, in *Archives of General Psychiatry*, vol. 39 no. 2, 1982, p. 164.
- 53 覚せい剤精神病 (中毒性精神病) は, 通常, 1 か月以上の乱用期間をおいて発病すると考えられている。佐藤光源, 松本和紀「覚せい剤依存と関連精神障害 (症状・経過・診断)」松下正明総編集, 前掲注 13, 231頁。なお, これに関連して述べると, 日本では, 1963年に当時の麻薬取締法が改正され, 麻薬中毒のために麻薬等の施用を繰り返すおそれが著しいことを要件に, 麻薬中毒者の措置入院制度が設けられた。これは, ヘロイン等の麻薬の中毒症状は, 自傷他害のおそれが少なく, 当時の精神衛生法により, 精神障害者に準じた入院措置では十分と言えなかったためである。森脇壽正「薬物乱用問題に対する総合的な取り組み」『法律のひろば』49巻 1 号, 1996年, 15頁。
- 54 A. Thomas Mc Lellan et al., Development of Psychiatric Illness in Drug Abusers, in *The New England Journal of Medicine*, vol. 301 no. 24, 1979, pp. 1310 - 1314. See also, Bruce J. Rounsaville et al., Neuropsychological Functioning in Opiate Addicts, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 170 no. 4, 1982, pp. 209 - 216.

- 55 滝沢和盛, 村田明「麻薬中毒者の脳波-覚醒剤中毒者脳波との関係-」笠松章編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 1971年, 236~248頁。
- 56 Charles P. O'Brien, *supra* note 21, at 632.
- 57 *Id.* at 632.
- 58 これは、過去のイギリスで見られた事例であるが、その一方で、仕事をせずに犯罪を繰り返したり、他の様々な薬物を乱用したりした者もいた。そのため、Jaffeは、ヘロインを使用する以前の行動や、使用の目的及びパターンが、社会適応に重要な役割を果たすとする。Jerome H. Jaffe, *supra* note 6, at 532. 注69も参照。これに対して、O'Brienは、ヘロインの嗜癖 (addiction) は、行動の崩壊を招き、生産的生活と両立しえなくなるのが通常であるとする。Charles P. O'Brien, *supra* note 21, at 633.
- 59 See Lawrence Kolb, Drug Addiction in Its Relation to Crime, in *Mental Hygiene*, vol. 9, 1925, pp.74-89. Council on Mental Health, Report on Narcotic Addiction, in *The Journal of the American Medical Association*, vol. 165 no. 15, 1957, pp. 1970, 1972.
- 60 Jerome H. Jaffe, *supra* note 6, at 533.
- 61 Solomon H. Snyder, 前掲注4, 30頁。
- 62 Jerome H. Jaffe, *supra* note 6, at 533.
- 63 See, e.g., James A. Inciardi, Heroin Use and Street Crime, in *Crime and Delinquency*, vol. 25 no. 3, 1979, pp. 335-346.
- 64 Charles P. O'Brien, *supra* note 21, at 632.
- 65 See, e.g., Richard C. Stephens and Rosalind D. Ellis, Narcotic Addicts and Crime: Analysis of Recent Trends, in *Criminology*, vol. 12 no. 4, 1975, pp. 474-488.
- 66 Herbert L. Packer, *The Limits of the Criminal Sanction*, Stanford University Press, 1968, pp. 277-280.
- 67 Edwin M. Schur, British Narcotics Policies, in *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, vol. 51, 1961, p. 623. また、メタドンについては、See National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, in *The Journal of the American Medical Association*, vol. 280 no. 22, 1998, p. 1939.
- 68 アメリカでも、1910年代から1923年にかけて、限定的に同様の事例が見られる。See David F. Musto, *supra* note 38, at 151-182.
- 69 イギリスでは、1926年~1968年までは、資格を有する一般の医師が、ヘロイン依存者にヘロインを投与することができた。そして、1968年以降は、新しく設置された麻薬治療センターでヘロインを投与することになった。しかし、ヘロインの投与自体は減少していき、1970年代半ばまでには、メタドンの投与へとかわった。いわゆるブリティッシュ・システムは、1926年~1968年までの方策を指すことが多い。拙稿「薬物乱用に対する刑事政策の方向性」『社会環境研究』4号, 1999年, 101~104頁を参照。なお、スイスであれ、イギリスであれ、ヘロイン投与は、治療目的の医学的使用に限られ、享乐的 (recreational) な使用までも認めるものではない。
- 70 See Edward Lewis, Jr., A Heroin Maintenance Program in the United States?, in *The Journal of the American Medical Association*, vol. 223 no. 5, 1973, pp. 539-546. Alfred R. Lindesmith, The British System of Narcotics Control, in *Law and Contemporary Problems*, vol. 22, 1957, pp. 138-154. Edwin M. Schur, *supra* note 67, at 619-629. なお、その議論は、「被害者なき犯罪」における麻薬使用にも関係する。日本では、ヘロインの医学上の害悪に対して、正確な把握を欠いたこともあり、刑事政策上の考慮についても、ほとんど見過ごされてきたように思われる。
- 71 元々、この見解は、1950年代の医学界の一部でも見られる。See The Committee on Public Health of The New York Academy of Medicine, Report on Drug Addiction, in *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 31 no. 8, 1955, pp. 603-604.
- 72 これに関連し、治療目的ではないが、大麻使用の場合でも、刑事政策という点では、同様な考慮が働くことがある。たとえば、オランダでは、1970年代半ばに、個人使用を目的とする一定量以下的大麻所持を訴追しないことにして、実質的に非犯罪化した。そして、その上で、アムステルダム市内の特定のコーヒーショップで、大麻を入手できるようにした。この理由の一つは、大麻を不正販売する者が、ヘロインやコカインも扱っていたため、大麻使用を目的とする者が、ヘロインやコカインまでも入手しないようにするためであった。いわば、大麻の市場 (market) と、ヘロイン等の市場との分離が目指された。See, e.g., E. L. Engelsman, Dutch Policy on the Management of Drug-related Problems, in *British Journal of Addiction*, vol. 84, 1989, p. 213.
- 73 John Kaplan, *The Hardest Drug*, The University of Chicago Press, 1983, p. 178.
- 74 See H. B. Spear, The Growth of Heroin Addiction in the United Kingdom, in *British Journal of Addiction*, vol. 64, 1969, pp. 245-255.
- 75 John Kaplan, *supra* note 73, at 157-158.
- 76 Ambros Uchtenhagen, *supra* note 40, at 7.
- 77 *Id.* at 7. 注44も参照。

-
- 78 Id. at 6.
- 79 Id. Felix Gutzwiller and Thomas Steffen, *supra* note 40.
- 80 Ambros Uchtenhagen, *supra* note 40, at 10.
- 81 Michael Farrell and Wayne Hall, The Swiss Heroin Trials: Testing Alternative Approaches, in *British Medical Journal*, vol.316, 1998, p. 639. Thomas V. Perneger et al., *supra* note 44, at 17.
- 82 Michael Farrell and Wayne Hall, *supra* note 81, at 639.
- 83 *The New York Times*, U.N. Agency Is Wary of Prescriptions for Heroin, April 17, 1999, p. A7.
- 84 国枝昌樹「地方分権 8・麻薬対策・チューリッヒ市の挑戦」『時の法令』1501号, 1995年, 63～70頁。
- 85 逸見武光, 前掲注 36, 410～411頁。

